

Research Paper

The effect of parent and child interaction therapy focused emotional on parent's reactions to children negative emotions in children with depression

Azimeh Alsadat Fatemi¹, Mosaieb Yarmohamadi², Hossain Mohagheghi², MohammadReza Zoghi Paidar²

1. Ph.D Student in Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran.

Citation: Fatemi F.A, Yarmohamadi M, Mohagheghi H, Zoghi Paidar M.R. The effect of parent and child interaction therapy focused emotional on parent's reactions to children negative emotions in children with depression. J of Psychological Science. 2022; 21(114): 1215-1227.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1503-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.21.114.1215](https://doi.org/10.52547/JPS.21.114.1215)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Parent-child interaction therapy Focused Emotional, parental reaction, Depression, Children

Background: Several studies have been conducted on the effectiveness of parent-child interaction therapy on internalized disorders in children. However, no study has been conducted on the effectiveness of emotion-based parent-child interaction therapy on the symptoms of depression disorder in children.

Aims: The present study was conducted to evaluate the effect of emotion-based parent-child interaction therapy on parents' reaction to negative emotions in children with depression.

Methods: The present study was quasi-experimental research with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study included all boys with depression disorder at the age range of 4 to 5.5 years in Isfahan. Thirty children and parents were selected by purposeful sampling method and were randomly assigned to two equal groups. Preschool Children Emotion Checklist (Lobby et al., 2004) and the Parents' Reaction to Child's Negative Emotions Scale (Mirabel, 2015) were used to collect data. The mentioned therapy was implemented in 14 sessions of 1 hour per week for the subjects in the experimental group, but the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by descriptive statistics and analysis of covariance.

Results: The results revealed that there was a statistically significant difference between the children of experimental and control groups in terms of mean scores of depression symptoms in the post-test phase ($F = 24.63$, $P = 0.000$ and $\eta^2 = 0.607$). Analysis of covariance showed that this therapy in the subjects of the experimental group in the post-test phase improved the score of parents' reaction to children's negative emotions ($F = 14.46$, $P = 0.001$ and $\eta^2 = 0.637$). ($P < 0.05$).

Conclusion: Children and parents participating in this therapeutic program showed improvement in depression symptoms and parents participating in this therapeutic program showed improvement in parents' reaction to the negative emotions of children with depression.

Received: 01 Dec 2021

Accepted: 01 Feb 2022

Available: 23 Aug 2022

* **Corresponding Author:** Mosaieb Yarmohamadi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran.

E-mail: vassel999@yahoo.com

Tel: (+98) 9384474121

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.



Extended Abstract

Introduction

Nowadays, pre-school children mental health problems are considered among the important social issues. Psychological stress was once common only in adults, but is now seen also in 4 years of old children (Whalen, Gilbert, & Luby, 2021). Field studies suggest that one in five children has mental health problems that significantly affect their daily functioning. Increased stress results in severe psychological disorders such as depression and other anxiety and mood symptoms (Mash and Wolf, 2019). One of the important and influential factors in the occurrence of depression in children is the family factor, especially reaction to children negative emotions (Whalen, et al., 2021; Yigit, Kilick, Guzey Yigit and Çelik, 2021). Studies conducted over the past two decades have all focused on the predictors of these parenting behaviors on the child's emotional and behavioral abilities, and little study has been conducted on the effect of parental reactions (Vernusi and Papi, 2021).

The parent-child interactive therapy is based on Eyberg based on Patterson (1982) social learning theory, Bowlby (1969) attachment theory and various reinforcement techniques are based on two-stage treatment model, teaching parents to interact with children warmly and interact with them responsively (Graziano, Ross-Demariz, & Hair, 2020; Luby, Gilbert, Whalen, Tillman, & Brock, 2019). Thus, the present study was conducted to evaluate the effect of emotion-based parent-child interaction therapy on parents' reaction to negative emotions of children with depression.

Method

The present study was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study included all boys with depression disorder in the age range of 4 to 5.5 years in Isfahan. Thirty children and parents were selected by purposeful sampling method and were randomly assigned to two equal groups. To collect information, preschool children emotion checklist (Luby et al., 2004), which includes 20 items and was

designed based on parental reports to identify children with depression (Lobby et al., 2004), was used. The results of validating this questionnaire based on the correlation between this test and Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) scores are very good (0.86) and the internal consistency of the items in this questionnaire based on Cronbach's alpha is 0.76. Also, its test-retest reliability is 0.77. Also, the scale of Parent Reaction to Children Negative Emotions (Mirabel, 2015), which is a self-report tool, is used to assess parents' reaction to children's negative emotions (such as anger, fear, and anxiety).

The results of validating this questionnaire based on internal consistency method in each of the subscales of distress, deprivation, encouragement, focus on emotion or problem, humiliating, and ignoring are 0.65, 0.80, 0.84, 0.88, 0.80, and 0.80, respectively. The test-retest results with three-week interval in each of the above-mentioned subscales are 0.92, 0.90, 0.91, 0.37, 0.83, and 0.88, respectively. Also, the validity of this questionnaire was calculated through principal component analysis using Varimax rotation and criterion validity was obtained at desirable level. The treatment was implemented in 14 sessions of 1 hour per week for the subjects in the experimental group, but the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by descriptive statistics and analysis of covariance.

Results

The results of Table 1 show that the mean (and standard deviation) score of the supportive reactions of the subjects in the experimental group increased from 19.13 (and 2.82) in the pre-test stage to 24.15 (and 2.73) in the post-test phase. Also, the results suggest that the mean (and standard deviation) score of non-supportive reactions of the subjects in experimental group increased from 26.06 (and 2.96) in the pre-test stage to 20.13 (and 2.06) in the post-test stage. However, the mean (and standard deviation) of supportive reactions and non-supportive reactions in the parents of the control group did not show a significant change from the pre-test to the post-test stage (Table 1). Also, the results of Table 2 showed that the mean (and standard deviation) score of depression symptoms of the subjects in the

experimental group increased from 12.93 (and 1.48) in the pre-test stage to 8.53 (and 1.55) in the post-test stage, but the mean (and standard deviation) of the

depression symptoms in the subjects of control group did not show a significant change from the pre-test to the post-test stage (12.86 vs. 13.10).

Table 1. Descriptive statistics of research variables in experimental and control groups

Research variable	Group	n	Pretest	Posttest
			mean±SD	mean±SD
Parents	Supportive reaction	Experimental	15 2.82 ± 19.13	±2.73 24.15
		Control	15 ±2.43 19.26	2.16 ± 19.03
	Non-supportive reaction	Experimental	15 ±2.96 26.06	2.06 ± 20.13
		Control	15 ±2.60 25.98	±2.55 25.66
Child	Depression	Experimental	15 ±1.48 12.93	1.55 ± 8.53
		Control	15 ±1.06 12.86	1.27 ± 13.10

In the present study, the skewness and kurtosis of the research variables were less than 3 and less than 10, respectively. Thus, the distribution of all research variables is normal. Also, the assumption of homogeneity of variance was checked and approved by Levene’s test (P <0.05). The results of the Box’ M test were not statistically significant to examine the variance-covariance equality (F = 0.781 and P = 0.584). It means that the assumption of equality of variance-covariance matrices has been fulfilled. Also, since the significance level was obtained less than 0.05 in the relationship between auxiliary variables (covariate) and dependent variables (post-test), it can be stated that the assumption of linear relationship

between auxiliary variables and dependent variables has been fulfilled.

The assumptions of linearity of variables and independence of errors also showed that the tolerance index for the predictor variable is less than 0.90. The variance inflation factor was also less than 10 and the value of Durbin- Watson, which was performed to test the assumption of independence of errors, was obtained at 1.75. Given the above-mentioned assumptions, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) test was used.

The results of Table 2 indicate that Wilks lambda (P= 0.000 and F= 27.77) is significant.

Table 2. Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA)

Test type	value	F test	sig	Impact factor	Statistical power
Lambda Wilks	0.067	27.77	0.000	0.773	1.000

The results of Table 2 indicate that Wilks lambda (P = 0.000 and F = 27.77) is significant. Therefore, there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of post-test of research variables with controlling the pre-test. The impact factor shows that 77.3% of the difference between the two groups was related to the parent-child interaction therapy. The statistical power of 1.000 also indicates the adequacy of the sample size and the high power of the test.

Results of multivariate analysis of covariance indicate that the difference between the mean scores of the dependent variable of parents’ reaction to the child's negative emotions in terms of group membership (group receiving emotion-based parent-child interaction therapy and control) in the post-test stage is significant. This difference was also significant for the variable of depression symptoms in children. The general result indicates that the emotion-based parent-child interaction therapy has been effective on the research variables (Table 3).

Table 3. Results of within-subject effects of multivariate analysis of covariance on post-test of dependent variables

dependent variables	Source of changes	SS	df	F	P	Impact factor	Statistical power
Depression symptoms	Pre-test	123.701	1	11.365	0.097	0.218	0.382
	Group	158.942	1	24.630	0.000	0.607	1.000
Parents’ reaction	Pre-test	21.261	1	9.511	0.066	0.192	0.417
	Group	40.948	1	14.464	0.001	0.637	0.955

[Downloaded from psychologicaleducation.ir on 2022-11-30] [DOR: 20.1001.1.17357462.1401.21.114.3.1] [DOI: 10.52547/JPS.21.114.1215]

Conclusion

The results of the study using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that emotion-based parent-child interaction therapy had a significant effect on improving the scores of supportive reaction and non-supportive reaction in the post-test stage. This result of present study is in line with the results of previous studies such as Vallen et al., 2021; Yagit, Click, 2021; Vernusi and Pippi, 2021; Leary, 2021; Pala and Lewis, 2021 Halfon, Duiran, Turkmen, Oktay & Saleh, 2021; McPherson, Wolf, Nistor, Fraser, Messing-Schaffer, Gravis et al., 2021; Graziano, Ross-Demariz and Hair, 2020; Lobby, Gilbert, Vallen, Tilman and Brock, 2019). Also, in line with these results, Zimer-Gumbak, Crane, Web, Gardner, Campbell, Aswan et al. (2019) showed that emotion-based parent-child interaction therapy has a positive effect on parents' reactions to children's negative emotions.

In explaining the results of present study, several issues are raised: First, the emotion-based parent-child interaction therapy is in the first line of psychological therapies to reduce and prevent internalized disorders such as depression. By teaching the nature of depression and understanding it by parents, this therapy helps parents become a kind of pediatrician. Second, in this therapy, the role of

parenting processes in children's depression and behavioral and emotional problems has received a lot of attention. For this purpose, parents learn skills such as devoting special time to play with children to give security to the parent-child relationship, positive parental attention to their own and child behaviors, using encouragement and rewards for good behaviors, and ignoring negative and bad behaviors of children, and using punishment and set limits if they repeat negative behaviors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of general psychology from the Faculty of Economics and Social Sciences of Bu Ali Sin University of Hamadan, whose necessary permits have been approved by the university. It should be noted that participants should consciously and voluntarily participate in the research and parents should be allowed to conduct research for the participation of children.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research. The second author is the supervisor and the third fourth authors are the consultant professor of the dissertation.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to thank the participants of all parents in this study, as well as the officials of the "Shenakht no" counseling center in Isfahan, who assisted us in this research.

تأثیر درمان تعامل والد - کودک هیجان‌محور بر نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان مبتلا به افسردگی

عظیمه‌السادات فاطمی^۱، مسیب یارمحمدی‌واصل^{۲*}، حسین محقق^۱، محمدرضا ذوقی پایدار^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان تعاملی والد - کودک هیجان‌محور، واکنش والدین، افسردگی، کودکان

زمینه: مطالعات متعددی پیرامون اثربخشی درمان تعامل والد - کودک بر اختلالات درونی‌سازی شده کودکان انجام شده است. اما پژوهشی که به اثربخشی درمان تعامل والد - کودک هیجان‌محور بر علائم اختلال افسردگی کودکان پرداخته باشد مغفول مانده است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان تعاملی والد - کودک هیجان‌محور بر نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش: پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی کودکان پسر مبتلا به اختلال افسردگی با دامنه سنی ۴ الی ۵/۵ سال شهر اصفهان بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از کودکان و والدین انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از چک‌لیست احساسات کودکان پیش‌دبستانی (لویی و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودک (میرابل، ۲۰۱۵) استفاده شد. درمان مذکور طی ۱۴ جلسه ۱ ساعته هفتگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد اما گروه گواه برنامه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آنالیز تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره علائم افسردگی کودکان دو گروه آزمایش ($F=24/63$ ، $P=0/000$) و ($\eta^2=0/607$) و گواه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. آنالیز کوواریانس نشان داد که این درمان در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون منجر به بهبود نمره نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان شده است ($F=14/46$ ، $P=0/001$ و $\eta^2=0/637$).
نتیجه‌گیری: کودکان و والدین شرکت‌کننده در این برنامه درمانی بهبود در نشانگان افسردگی و والدین شرکت‌کننده در این برنامه درمانی بهبود در نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان مبتلا به افسردگی را نشان دادند.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۹/۱۰

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱

* نویسنده مسئول: مسیب یارمحمدی‌واصل، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران.

ایانامه: vasel999@yahoo.com

تلفن: ۰۹۳۸۴۴۷۴۱۲۱

مقدمه

امروزه می‌دانیم که مشکلات بهداشت روانی کودکان در دوران پیش‌دبستانی^۱ از مسائل مهم اجتماعی به‌شمار می‌آید. فشارهای روانشناختی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان ۴ ساله نیز دیده می‌شود (والن، گیلبرت و لویی، ۲۰۲۱). مطالعات زمینه‌یابی نشان می‌دهد که از هر پنج کودک، یک نفر مشکلات بهداشت روانی دارد که به‌طور چشمگیری بر کارکرد زندگی روزانه وی تأثیر مخرب می‌گذارد و بسیاری از کودکان دیگر نیز مشکلات رو به رشدی دارند که بعدها آن‌ها را در معرض خطر ابتلاء به اختلالات روانشناختی قرار می‌دهد (ماش و ولف، ۲۰۱۹).

افزایش فشارهای روانی به شدت یافتن اختلالات روانشناختی از قبیل افسردگی^۲ و دیگر نشانه‌های اضطرابی و خلقی می‌انجامد؛ بنابراین، برای آن‌ها باید حسابی جدا از دیگر اختلالات باز کرد (والن، گیلبرت، کیلی، هاجاک، کاپمن، لویی و همکاران، ۲۰۲۰)، تا جایی که براساس آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۳ در کالیفرنیا اختلال روانشناختی در کودکان با هزینه سالانه حدود \$۲۴۷۵ میلیون دلار روبه‌رو است (ماش و ولف، ۲۰۱۹). با این حال، در مقایسه با تعداد کودکانی که به خدمات بهداشت روانی نیازمندند، به‌ویژه در جوامع توسعه نیافته‌ای مانند ایران، تعداد بسیار اندکی از این خدمات برخوردار می‌شوند (داودی و بروجردی، عباسی، آرانی و اصل‌ذاکر، ۲۰۲۲؛ آرش طناب، فضل‌الله پور، بوستان‌آباد، ابراهیمی، حسین‌زاده و فولادی، ۲۰۲۱).

ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین، فرد باید دست‌کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تمرکز و ناتوانی در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی می‌شود (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵ ترجمه گنجی و گنجی، ۱۳۹۸).

1. preschool
2. depression
3. Centers for Disease Control (CDC)

بزرگسالان به کار می‌رود اما برخی نشانه‌ها با بالا رفتن سن از بین می‌روند و دردهای جسمانی، تحریک‌پذیری و انزوای اجتماعی در کودکان پیش‌دبستانی بیشتر دیده می‌شود (مورکن، ویدال، رانوم و ویکستروم، ۲۰۲۱؛ اکبری نیا، منشی، یوسفیان؛ ۲۰۱۹).

افسردگی در دوران کودکی در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب احتمال تحریک‌پذیری و سوء‌مصرف مواد (کیم، کیم، چانگ و جیونگ، ۲۰۲۱)، رفتار خودکشی و مشکلات خواب (لاگانیر، کنی، گایودریو، پوکویسناو، بویوتی - تورکات، مابینی و همکاران، ۲۰۲۱) و بسیاری از پیامدهای منفی اجتماعی - تحصیلی و فقدان مهارت حل مساله در کودک را افزایش می‌دهد (مورکن و همکاران، ۲۰۲۱؛ سورکر، گولدشتاین، فینساس، کارلسون، کلاین و دویگارتی، ۲۰۲۱؛ ارشادی منش، ۲۰۲۱).

از عوامل مهمی که در بروز افسردگی کودکان مؤثر می‌باشد، عامل خانواده به ویژه نحوه واکنش به هیجانات منفی کودکان^۴ است (والن و همکاران، ۲۰۲۱). والدین همه روزه با هیجانات مختلف کودک مواجه می‌شوند و با نحوه واکنش خود به هیجانات کودک و الگوسازی، می‌توانند شایستگی اجتماعی و هیجانی کودک را تحت تأثیر قرار داده، و کودک را در برابر افسردگی و سایر اختلالات درونی‌سازی^۵ یا اختلالات برونی‌سازی^۶ شده آسیب‌پذیر سازند (یاگیت، کیلیک، گیوزای یاگیت و کلیک، ۲۰۲۱). پژوهش‌های انجام شده در دو دهه گذشته همگی درباره عوامل پیش‌بینی‌کننده این رفتارهای والدینی بر روی توانایی‌های هیجانی و رفتاری کودک بوده است و در مورد تأثیر واکنش‌های والدینی مطالعات چندانی صورت نگرفته است (ورنوسی و پیپی، ۲۰۲۱). والدینی که باورهای قوی‌تری نسبت به ارزش هیجان منفی دارند، بیشتر هیجانات منفی کودک را تشویق می‌کنند در حالی که والدینی که هیجان را به عنوان تمایل مشکل‌ساز و خطرناک می‌بینند تمایل به انکار، نادیده گرفتن یا کوچک کردن هیجان کودک دارند. لذا ادراک و ارزش‌گذاری هیجانات از سوی والدین عامل مؤثری شناخته می‌شود (لیری، ۲۰۲۱؛ پالا و لویس، ۲۰۲۱).

پژوهش‌های پیشین ابراز می‌دارند که الگوهای تعاملی مثبت همچون گوش دادن فعال، تماس چشمی، همدلی، تصریح و خلاصه‌سازی به جای انتقاد و قطع کردن سخنان یکدیگر می‌تواند در بهبود تعامل والدین با کودکان مؤثر

4. reaction to children negative emotions
5. internalizing disorders
6. externalizing disorders

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و کاربردی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. تمامی کودکان پسر مبتلا به اختلال افسردگی با دامنه سنی ۵/۵ - ۴ سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره «شناخت نو» (مرکز تخصصی کودک با جهت گیری اختلالات درونی سازی شده کودکان) شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. لازم به ذکر است که تشخیص اختلال افسردگی در کودکان توسط روان پزشک حاضر در مرکز و براساس معیارهای تشخیصی طبقه بندی بین المللی اختلال های روانی^۴ (DSM-5) انجام شد. روش نمونه گیری در این پژوهش، «نمونه گیری هدفمند»^۵ بود. بنابراین، از بین کودکان پسر با دامنه سنی ۴ الی ۵/۵ سال مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به مرکز مشاوره «شناخت نو» شهر اصفهان ۳۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری گمارش شدند، و با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در برنامه های مداخلاتی به شیوه گروهی، در هر گروه ۱۵ نفر کفایت می کند (دلاور، ۱۳۹۹)، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده ها به صورت کلی به والدین آزمودنی ها و همچنین و مسئولین مرکز اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و رضایت نامه شفاهی مرحله پیش آزمون انجام شد و مرحله پس آزمون نیز دو هفته پس از خاتمه برنامه درمانی انجام گرفت.

روش اجرا این گونه بود که ابتدا پژوهش از طریق یک فراخوان در مشاوره «شناخت نو» شهر اصفهان اطلاع رسانی شد. براین اساس والدینی که به دلیل داشتن فرزند پسر مبتلا به افسردگی اعلام آمادگی کرده بودند، طبق ملاک های اخلاق در پژوهش جهت مشارکت در طرح پژوهش رضایت نامه آگاهانه را تکمیل کردند. در یک بازه زمانی یک ماهه بعد از تکمیل چک لیست احساسات کودکان پیش از دبستان و مصاحبه تشخیصی توسط روان پزشک حاضر در مرکز و مشخص شدن والدین دارای فرزند پسر مبتلا

باشد (مک پیرسون و همکاران، ۲۰۲۱؛ تختی، شفیع آبادی، کلانترهرمزی، فرخی، ۲۰۲۱). درمان تعاملی والد - کودک^۱ به وسیله ایبرگ و براساس نظریه یادگیری اجتماعی پترسون^۲ (۱۹۸۲)، دل بستگی بالبی^۳ (۱۹۶۹) و تکنیک های مختلف تقویتی طبق مدل درمانی دو مرحله ای بنا شده است، که به والدین آموزش می دهد با کودکان شان با گرمی و توجه و به شیوه پاسخ گرانه تعامل داشته باشند (گرازیانو، راس-دماریز و هایر، ۲۰۲۰؛ لویی، گیلبرت، والن، تیلمن و براک، ۲۰۱۹).

والدینی که درمان تعاملی والد - کودک را گذرانده، یاد گرفته اند چگونه با هیجاناتی که در پی رفتارهای مختل کودکان شان پیش می آید، مقابله کنند (لویی و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان تعاملی والد - کودک عمدتاً اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط والد - کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می شود (آتول، لیونس و هیوگتون، ۲۰۲۱). این درمان به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد - کودک و آموزش والدین به این که چه طور باثبات باشند و تکنیک های انضباطی غیرخشونت آمیز را به کار گیرند، کمک می کند تا رفتارهای منفی چرخه ای والد - کودک شکسته شود (لویی، دونوهیو، گیلبرت، تیلمن و براک، ۲۰۲۱).

با اذعان به مطالب بالا، شناسایی نحوه واکنش والدین به افسردگی و مداخلات مؤثر در سنین کودکی احتمال ابتلا به بیماری های روانی دیگر، رفتار ناسازگارانه و حتی مرگ و میر کودکان را کاهش می دهد (کریمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۸). با توجه به شیوع نسبتاً بالای مشکلات خلقی در دوران کودکی و نیز تأثیر این اختلال در خانواده بر واکنش والدین و سایر اعضای خانواده (ماش و ولف، ۲۰۱۹)، لزوم اجرای این مطالعه مشخص می گردد. لذا این پژوهش با هدف با تعیین تأثیر درمان تعامل والد - کودک هیجان محور بر نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد.

4. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)

5. Purposeful sampling

1. parent-child interaction therapy

2. Patterson

3. Bowlby

درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار (انتظار درمان) قرار داده شدند تا در پایان برنامه درمانی و در صورت مؤثر بودن، آن‌ها نیز تحت برنامه درمانی مذکور قرار بگیرند. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون پیش فرض‌های آمار پارامتریک و تحلیل کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

به افسردگی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، ۳۰ نفر براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند و از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش تحت ۱۴ جلسه، در بازه زمانی ۲ ماه و هر هفته ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در یکی از اتاق‌های مرکز توسط متخصص آموزش دریافت کردند. برنامه مداخلاتی این مطالعه براساس پروتکل درمانی لویی و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد. در این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله بر اساس طرح لویی و همکاران (۲۰۱۸)

جلسات	محتوا
اول	مصاحبه و ارزیابی و توضیح در خصوص این برنامه درمانی و توضیح اجمالی در خصوص سبک‌های فرزندپروری
دوم	آموزش مهارت‌های تقویت با نام اختصاری PRIDE به والدین که شامل: جایزه، انعکاس، تقلید، توصیف و اشتیاق هنگام بازی با کودک
سوم	مرور جلسه پیشین با فراهم کردن زمینه‌های مشارکت فعال کودک در بازی و دادن نقش رهبری به کودک هنگام بازی و تمرکز بر توصیفات رفتاری کودک و تأکید بر نقاط قوت والدین و همچنین آموزش مهارت‌های «انجام دانی»
چهارم	توضیح چگونگی شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب ناشی از الگوگیری از بزرگترها، ارائه و سرمشق‌سازی مهارت‌های «پرهیزی»
پنجم	آموزش دستورالعمل مؤثر و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک و ارائه اطلاعات مکمل در این خصوص
ششم	مرور جلسات پیشین، تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌های دیگر، بررسی فهرست رفتار کودک و درنهایت مرور راه‌حل‌های مشکلات باقیمانده
هفتم	آموزش کودک (شناخت، فهم و تشخیص هیجان) و آموزش والد (نام‌گذاری واکنش هیجانی و تحمل احساسات شدید کودک)
هشتم	شناخت سبک‌های ابراز هیجان والدین و اهمیت الگوسازی و مهارت در تنظیم هیجانات
نهم	آموزش مهارت‌های تأثیر مثبت بر هیجان‌های منفی کودک
دهم	آموزش مهارت‌های آرام‌سازی به والد و کودک
یازدهم	آموزش والدین در خصوص رشد هیجان و مهارت‌های رشد هیجان
دوازدهم	آموزش والدین برای هدایت هیجان کودک در کنترل خشم و ناامیدی
سیزدهم	آموزش والدین برای هدایت هیجان کودک در هنگام بروز هیجان غم و احساس گناه
چهاردهم	آموزش والدین برای هدایت هیجانات کودک برای لذت بردن

ماده از این چک لیست برای شناسایی افسردگی کودکان پیش‌دبستانی از ۱۰۰ ماده مقیاس CBCL برتر بود. لازم به ذکر است همسانی درونی ماده‌های این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و در باز آزمایی سه هفته بعد ۰/۷۷ است. در مطالعه حاضر نیز ضریب الفای کرونباخ این چک لیست ۰/۶۹ و بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۷۱ محاسبه شد. مقیاس نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودک: این مقیاس نخستین بار توسط فابس، ایزنبرگ، برونزواینگ، در سال ۱۹۹۰ با شش زیر مقیاس ساخته و در سال ۲۰۱۵ توسط میرابل تجدیدنظر شد و یک زیر مقیاس نادیده گرفتن به آن اضافه شد. این مقیاس، یک ابزار خودگزارش‌دهی است که رفتار والدین را در پاسخ به هیجانات منفی کودکان ارزیابی

(ب) ابزار

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد: چک‌لیست احساسات کودکان پیش از دبستان: این چک‌لیست شامل ۲۰ ماده است که براساس گزارش والدین برای شناسایی کودکان مبتلا به افسردگی طراحی شده است (لویی و همکاران، ۲۰۰۴). این چک‌لیست بیشتر به مشکلات مربوط به اختلال افسردگی می‌پردازد. نمرات بالا در این چک لیست نشانگر شدت بیشتر افسردگی است. این چک لیست یک ابزار اندازه‌گیری کوتاه، معتبر و با حساسیت و ویژگی مناسب برای افسردگی کودکان ۳۶ ماهه تا ۶۶ ماهه است. نتایج اعتباریابی این پرسشنامه براساس همبستگی بین این آزمون و نمرات سیاهه رفتاری آخنباخ (CBCL) بسیار خوب (۰/۸۶) و اما نکته قابل توجه این بود که حساسیت و خاص بودن ۱۶

می کند (مثل خشم، ترس و اضطراب). همسانی درونی برای واکنش های حمایت گر از طریق آلفای کروناخ برای پدرها ۰/۹۳ و برای مادرها ۰/۹۱ و همسانی درونی برای واکنش های غیرحمایت گر از طریق آلفای کروناخ برای پدرها ۰/۸۴ و مادرها ۰/۸۹ است (هورل و همکاران، ۲۰۱۵). ویژگی های روانسنجی آن در ایران توسط کوثری و اسماعیلی نسب (۱۳۹۵)، بررسی و شش زیر مقیاس به دست آمد. نتایج اعتباریابی این پرسشنامه بر پایه روش همسانی درونی در هر یک از زیر مقیاس های پریشانی، محروم کردن، تشویق، متمرکز بر هیجان یا مسأله، کوچک شماری، نادیده گرفتن به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۸۰ است و نتایج بازآزمایی پس از سه هفته در هر یک از زیر مقیاس ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۳۷، ۰/۸۳، ۰/۸۸ است. همچنین، روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شده و روایی ملاکی مطلوبی به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب الفای کروناخ این ابزار ۰/۷۸ و بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۷۷ به دست آمد.

یافته ها

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که میانگین (و انحراف معیار) نمره واکنش های حمایت گرایانه آزمودنی های گروه آزمایش از ۱۹/۱۳ (و ۲/۸۲) در مرحله پیش آزمون به ۲۴/۱۵ (و ۲/۷۳) در مرحله پس آزمون بهبود یافته است. همچنین، نتایج حاکی از آن است که میانگین (و انحراف معیار) نمره واکنش های غیرحمایت گرایانه آزمودنی های گروه آزمایش از ۲۶/۰۶ (و ۲/۹۶) در مرحله پیش آزمون به ۲۰/۱۳ (و ۲/۰۶) در مرحله پس آزمون بهبود

یافته است. اما میانگین (و انحراف معیار) واکنش های حمایت گرایانه و واکنش های غیرحمایت گرایانه در والدین گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون تغییر قابل توجهی را نشان نمی دهند (جدول ۲). همچنین، نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) نمره علائم افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش از ۱۲/۹۳ (و ۱/۴۸) در مرحله پیش آزمون به ۸/۵۳ (و ۱/۵۵) در مرحله پس آزمون بهبود یافته است. اما میانگین (و انحراف معیار) علائم افسردگی گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون تغییر قابل توجهی را نشان نداده است (به ترتیب ۱۲/۸۶ در برابر ۱۳/۱۰).

روش تحلیل داده های گردآوری شده، تحلیل کواریانس بود که قبل از اجرای آن مفروضه های این تحلیل بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن شامل کجی و کشیدگی استفاده شد که قدرمطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ باشد. در این پژوهش، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین، پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون لوین بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0.05$). نتایج آزمون امپاکس جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ($F = 0.781$ و $P = 0.584$)، و این به معنای برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس - کوواریانس می باشد.

جدول ۲. آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
واکنش حمایت گرایانه	آزمایش	۱۵ نفر	۱۹/۱۳ ± ۲/۸۲	۲۴/۱۵ ± ۲/۷۳	والدین	واکنش غیرحمایت گرایانه
	کنترل	۱۵ نفر	۱۹/۲۶ ± ۲/۴۳	۱۹/۰۳ ± ۲/۱۶		
واکنش غیرحمایت گرایانه	آزمایش	۱۵ نفر	۲۶/۰۶ ± ۲/۹۶	۲۰/۱۳ ± ۲/۰۶	کودک	افسردگی
	کنترل	۱۵ نفر	۲۵/۹۸ ± ۲/۶۰	۲۵/۶۶ ± ۲/۵۵		
افسردگی	آزمایش	۱۵ نفر	۱۲/۹۳ ± ۱/۴۸	۸/۵۳ ± ۱/۵۵	والدین	افسردگی
	کنترل	۱۵ نفر	۱۲/۸۶ ± ۱/۰۶	۱۳/۱۰ ± ۱/۲۷		

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۷	۲۷/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=27/77$ و $P=0/000$) معنادار است. بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر پس آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. برای اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته مورد پژوهش ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که $77/3$ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور بوده است. توان آماری $1/000$ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است.

یافته های تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر وابسته نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودک

بر حسب عضویت گروهی (گروه دریافت کننده برنامه درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور و کنترل) در مرحله پس آزمون معنادار می باشد. این تفاوت برای متغیر علائم افسردگی کودکان نیز معنادار بود. بنابراین، برنامه درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور تأثیر معناداری بر بهبود نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی و کاهش علائم افسردگی داشته است و اندازه اثر آن بر واکنش والدین به هیجانات منفی برابر با 63 درصد و علائم افسردگی کودکان برابر با 60 درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می باشد. نتیجه کلی گویای آن است که برنامه درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور بر متغیرهای پژوهش اثربخش بوده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	SS	df	F	P	ضریب تأثیر	توان آماری
علائم افسردگی	پیش آزمون	۱۲۳/۷۰۱	۱	۱۱/۲۶۵	۰/۰۹۷	۰/۲۱۸	۰/۳۸۲
	گروه	۱۵۸/۹۴۲	۱	۲۴/۶۳۰	۰/۰۰۰	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
نحوه واکنش والدین	پیش آزمون	۲۱/۳۶۱	۱	۹/۵۱۱	۰/۰۶۶	۰/۱۹۲	۰/۴۱۷
	گروه	۴۰/۹۴۸	۱	۱۴/۴۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۵۵

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور بر نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) نشان داد که درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور بر بهبود نمرات واکنش حمایت گرایانه و واکنش غیرحمایت گرایانه در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است. این یافته از مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند والن و همکاران، 2021 ؛ یانگیت، کیلیک، گیوزای یاگیت و کیلیک، 2021 ؛ ورنوسی و پیپی، 2021 ؛ لیری، 2021 ؛ پالا و لویس، 2021 ؛ هالفون، دویران، تورکمن، اوکتای و ساله، 2021 ؛ مک پیرسون، وولف، نیستور، فرایزر، مسینگ شافر، گراویس و همکاران، 2021 ؛ گرازیانو، راس - دماریز و هایر، 2020 ؛ لوبی، گیلبرت، والن، تیلمن و براک، 2019 بود.

زایمر - گمباک، کراین، وب، گاردنر، کامپل، اسوان و همکاران (2019) نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند که درمان تعاملی والد - کودک هیجان محور بر نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان اثر مثبت دارد. اثربخشی این روش درمانی و بهبود نحوه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان را می توان ناشی از دلایل زیر دانست: بسیاری از مشکلات درون سازی شده در محیط طبیعی خانواده فراگرفته می شوند و عوامل نگهدارنده آن ها نیز در همین محیط واقع شده اند. بنابراین، آموزش روش های تعاملی صحیح والد - کودک به والدین از جمله مادرانی که بیشترین زمان را با کودک می گذرانند، بیشترین تأثیر را بر نحوه این واکنش ها خواهد داشت و احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آن ها افزایش خواهد داد.

از سوی دیگر، شاکه نیا و همکاران (1393) نشان دادند که تأمین یک محیط روانی و عاطفی ایمن برای کودکان مبتلا به افسردگی و دادن فرصت ابراز

وجود به آن‌ها علاوه بر اینکه میزان تعامل اجتماعی کودکان پسر مبتلا به افسردگی را بهبود می‌بخشد، می‌تواند بر کاهش نشانگان جسمانی و شناختی افسردگی کودکان نیز اثرات مثبتی داشته باشد. عباسی و نشاط‌دوست (۱۳۹۲) نیز نشان دادند که بهبود مهارت فرزندپروری والدین منجر به افزایش تعامل سازنده بین والد و کودک شده و در نتیجه کودک از نظر مسئولیت‌پذیری و رشد هیجانات بهبود نشان داده و اختلال رفتار مقابله‌ای وی کاهش چشمگیری نشان داده است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر چندین مبحث مطرح می‌شود: اول این که درمان تعاملی والد - کودک هیجان‌محور، درمانی است که در خط اول درمان‌های روانشناختی برای کاهش و پیشگیری از اختلالات درون‌سازی شده از جمله افسردگی کودکان قرار دارد و این درمان با آموزش ماهیت انواع افسردگی و درک آن توسط والدین، به والدین کمک می‌کند تا به نوعی متخصص کودک شوند، دوم این که، در این درمان به نقش فرآیندهای فرزندپروری در افسردگی کودکان و مشکلات رفتاری و هیجانی آن‌ها توجه بسیار شده است. بدین منظور، والدین مهارت‌هایی را از قبیل اختصاص دادن زمانی خاص برای بازی با کودکان به دلیل امنیت دادن به رابطه والد - کودک، توجه مثبت والدین برای رفتارهای خود و شجاعانه کودک، استفاده از تشویق و پاداش برای رفتارهای خوب، نادیده گرفتن رفتار منفی و بد کودکان و استفاده از تنبیه و تنظیم محدودیت در صورت تکرار رفتارهای منفی فرا می‌گیرند. سوم این که حضور والدین به ویژه مادران در جلسات درمانی نقش مهمی در کاهش علائم افسردگی ایفا می‌کند؛ زیرا مادران در این جلسات موقعیت بهتری را برای آموزش پاسخ‌های انطباقی به کودکان خود دارند. این آموزش معمولاً زمانی تحقق

می‌یابد که والدین ترس و افسردگی کودکان را بفهمند و برای کنار آمدن با وضعیت‌های افسردگی‌زای کودکان راهکارهای مؤثری را بیاموزند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود نمودن نمونه به جنس مذکر و نداشتن دوره پیگیری بود. همچنین، از ابزارهای خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها استفاده شد که می‌تواند موجب سوگیری در پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها شود. پیشنهاد می‌شود در مهدکودک‌ها و نیز مراکزی که به نحوی با بهداشت روان کودکان سروکار دارند، جلسات گروهی درمان تعاملی والد - کودک هیجان‌محور برای والدین و کودکان برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی کودکان و ارتقای مهارت والدین، علاوه بر والدین به مربیان مهدها نیز آموزش داده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی از دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا همدان می‌باشد، که مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش از سوی دانشگاه مذکور مورد تأیید و صادر شده است. لازم به ذکر است مشارکت‌کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و برای مشارکت کودکان اجازه انجام تحقیق از والدین گرفته شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حامی مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول، پژوهشگر اصلی این پژوهش، نویسنده دوم، استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم، اساتید مشاور می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی را اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: از تمامی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین، مسئولین مرکز مشاوره «شناخت نو» شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

References

- Akbarnia M, Manshaei G R, Yanousefi S. Effectiveness of child - centered mindfulness therapy on the depression and anxiety of children with cancer after drug therapy. *Psychological sciences*. 2019; 18 (76): 431-439(Persian) [\[Link\]](#)
- Areshtanab, H.N., Fathollahpour, F., Bostanabad, M.A., Ebrahimi, H., Hosseinzadeh, M., & Fooladi, M.M. (2021). Internet gaming disorder and its relationship with behavioral disorder and mother's parenting styles in primary school students according to gender in Iran. *BMC psychology*, 9(1), 1-7. [\[Link\]](#)
- Abbasi, Neshat Doost, Hamid Taher, & Agham Mohammadian Sharabaf. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy in reducing the symptoms of separation anxiety disorder. *Clinical Psychology*, 2 (2), 47-57.
- Abbasi, M., & NeshatDoost H.T. (2013). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reduction of Symptoms in Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 5(3), 59-67. (Persian) [\[Link\]](#)
- Ershadi Manesh S. A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioral therapy in adolescent 'depression. *Psychological sciences*. 2021; 20 (100): 485-501(Persian) [\[Link\]](#)
- Graziano, PA, Ros-Demarize, R & Hare, MM. (2020). Condensing Parent Training: A Randomized Trial Comparing the Efficacy of a Briefer, More Intensive Version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT). *J Consult Clin Psychol*, 88(7), 669-679. [\[Link\]](#)
- Halfon, S., Doyran, M., Türkmen, B., Oktay, E.A., & Salah, A.A. (2021). Multimodal affect analysis of psychodynamic play therapy. *Psychotherapy Research*, 31(3), 313-328. [\[Link\]](#)
- Kohlhoff, J., Morgan, S., Briggs, N., Egan, R., & Niec, L. (2021). Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers: A Community-based Randomized Controlled Trial with Children Aged 14-24 Months. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(3), 411-426. [\[Link\]](#)
- Kim, C.H., Kim, K.M., Chang, M.Y., & Jung, H. (2021). Relationship between Smartphone Addiction and Sensory Processing Ability of Preschool Children. *The Journal of Korean Academy of Sensory Integration*, 19(2), 1-11. [\[Link\]](#)
- Luby, J. L., Barch, D. M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K. E. (2018). A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1102-1110. [\[Link\]](#)
- Luby, J., Donohue, M.R., Gilbert, K., Tillman, R., & Barch, D.M. (2021). Sustained remission of child depression despite drift in parent emotion management skills 18 weeks following Parent Child Interaction Therapy: emotion development. *European child & adolescent psychiatry*, 30(3), 369-379. [\[Link\]](#)
- Luby, J.L., Gilbert, K., Whalen, D., Tillman, R., & Barch, D.M. (2019). The Differential Contribution of the Components of Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development for Treatment of Preschool Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. [\[Link\]](#)
- Leary, M.R. (2021). Emotional reactions to threats to acceptance and belonging: a retrospective look at the big picture. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 4-11. [\[Link\]](#)
- Laganière, C., Kenny, S., Gaudreau, H., Pokhvisneva, I., Bouvette-Turcot, A.A., Meaney, M., & Pennestri, M.H. (2021). 597 Sleep Bruxism in Preschool Children: Associations with Emotional-Behavioral Problems. *Sleep*, 44(Supplement_2), A235-A235. [\[Link\]](#)
- MacPherson, H. A., Wolff, J., Nestor, B., Frazier, E., Massing-Schaffer, M., Graves, H., & et al. (2021). Parental monitoring predicts depressive symptom and suicidal ideation outcomes in adolescents being treated for co-occurring substance use and psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 284, 190-198. [\[Link\]](#)
- Morken, I.S., Viddal, K.R., Ranum, B., & Wichstrøm, L. (2021). Depression from preschool to adolescence—five faces of stability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8), 1000-1009. [\[Link\]](#)
- Mokhtari, M., Dortaj, F., Delavar, A., & Haji Alizadeh, K. (2020). Developing a Treatment Package based on Parent-Child Interaction and Evaluating its Effects on School Anxiety in Female Students. *MEJDS*, 10(1). 103-109. (Persian) [\[Link\]](#)
- Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. (2016). Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *J Consult Clin Psychol*, 84(8), 682-698. [\[Link\]](#)
- O'Toole, C., Lyons, R., & Houghton, C. (2021). A Qualitative Evidence Synthesis of Parental Experiences and Perceptions of Parent-Child

- Interaction Therapy for Preschool Children With Communication Difficulties. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(8), 3159-3185. [Link]
- Pala, F.C., & Lewis, C. (2021). Do preschoolers grasp the importance of regulating emotional expression?. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(4), 494-519. [Link]
- Parladé, M. V., Weinstein, A., Garcia, D., Rowley, A. M., Ginn, N. C., & Jent, J. F. (2020). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case. *Autism*, 24(1), 160-176.
- Sorcher, L.K., Goldstein, B.L., Finsaas, M.C., Carlson, G.A., Klein, D.N., & Dougherty, L.R. (2021). Preschool irritability predicts adolescent psychopathology and functional impairment: A 12-year prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. [Link]
- Shakeniya, F., Behrouz, B., Kajbaf, M.B., & Behamin, G. (2013). Therapy Approach on Depressive Symptoms and Quality of Attachment of Primary School Boys. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(3), 22-31. (Persian) [Link]
- Takhti, Shafiabadi, Kalantar Hormozi, Atosa, Farrokhi, & Noor Ali. (2021). The effectiveness of a parent-child interaction intervention program based on emotion coaching on the symptoms of separation anxiety disorder in children. *Journal of Psychological Sciences*, 19 (95), 1423-1437. (Persian) [Link]
- Talebpoor, Nisi, Abdolkazem, Mehrabizadeh Artist, Shahni Yilagh, Manijeh, & Basaknejad. (2013). The effectiveness of group therapy of parent-child interaction on reducing the symptoms of students' separation anxiety disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 20 (1), 61-78.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3), 475-495.
- Veronese, G., & Pepe, A. (2021). Measuring traumatic reactions in Palestinian children: a psychometric assessment of the Children Revised Impact of Event Scale-Arabic Version (CRIES-13A). *Child Psychiatry & Human Development*, 1-11. [Link]
- Whalen, D.J., Gilbert, K.E., & Luby, J.L. (2021). Changes in self-reported and observed parenting following a randomized control trial of parent-child interaction therapy for the treatment of preschool depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 86-96. [Link]
- Wesselhoeft, R., Davidsen, K., Sibbersen, C., Kyhl, H., Talati, A., Andersen, M. S., & Bilenberg, N. (2021). Maternal prenatal stress and postnatal depressive symptoms: discrepancy between mother and teacher reports of toddler psychological problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(4), 559-570. [Link]
- Yiğit, İ., Kılıç, H., Guzey Yiğit, M., & Çelik, C. (2021). Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. *Current Psychology*, 40(3), 1356-1366. [Link]
- Zimmer-Gembeck, M.J., Kerin, J.L., Webb, H.J., Gardner, A.A., Campbell, S.M., Swan, K., & et al. (2019). Improved Perceptions of Emotion Regulation and Reflective Functioning in Parents: Two Additional Positive Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy. *Behav Ther*, 50(2), 340-352. [Link]